



International

Journal of Human Sciences

ISSN:2458-9489

Volume 14 Issue 4 Year: 2017

The use of primary health care services after transformation in health and related factors in a province example

Bir il örneğinde sağlıkta dönüşüm sonrası I. basamak sağlık hizmetleri kullanımı ve ilişkili faktörler

Emine Öncü¹Sümbüle Köksoy Vayisoğlu²Ezgi Önen³

Abstract

Introduction: Health reforms that have been put into practice in our country within the scope of the Transformation in Health process have brought about with them significant changes in the organization, human labor and financing structures of healthcare services. Community healthcare centers have been replaced by family practice system at the primary level. The results of this change should be evaluated by monitoring the health indicators of the public as well as their use of healthcare services.

Purpose: The objective of this study was to determine the factors affecting the access to family practice (FP) service at the Mersin provincial center along with the factors affecting the use of this service.

Method: Data of this cross-sectional study were acquired via face-to-face interviews carried out with 394 adult individuals at the Mersin city center during the dates of 14.02.2017– 30.07.2017. The structural characteristics of the healthcare services along with service satisfaction for primary healthcare services were evaluated in the study using the

Özet

Giriş: Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm süreci ile uygulamaya geçirilmiş olan sağlık reformları sağlık hizmetlerinin örgüt, insan gücü ve finansman yapısında önemli değişimleri beraberinde getirmiştir. Birinci basamakta sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği sistemi almıştır. Bu değişimin sonuçları sağlık göstergelerinin izlenmesi kadar halkın sağlık hizmetlerini kullanımı ile de değerlendirilmelidir.

Amaç: Yapılan bu çalışma ile bir il merkezinde halkın aile hekimliği hizmetlerini kullanımı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışmanın verileri 14.02.2017- 30.07.2017 tarihleri arasında Mersin merkezde 394 yetişkin bireyle yüz yüze görüşülerek toplandı. Çalışmada araştırmacılarca oluşturulan soru formu ile I. basamak sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri ve hizmet memnuniyeti değerlendirildi. Elde edilen veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ile independent T test, Ki Kare testi ve ANOVA kullanılarak çözümlendi.

¹ Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, eeoncu@gmail.com

² Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, sumbulekoksoy@gmail.com

³ Arş. Gör., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, ezgionen007@gmail.com

developed question form. The acquired data were analyzed via SPSS 21 package software with complementary statistics and independent T test, Chi-square test and ANOVA.

Results: The age average of the participants was 42.08 ± 1.30 years, 5.3% had not received formal education, there was a child under the age of five in 34.0% of the households and a chronic disease in 36.8%; those who used the primary healthcare services had mostly done so for treatment purposes. Of the participants, 63.5% evaluated family practice service as very good/good and the secondary or tertiary healthcare services were the first points of contact for 51.1% in case of health related issues. The most frequently observed problems for family practice were determined as failure to reach family practice when the family practice is closed, lack of house visits and the inability to operate the transfer services. Whereas age, education, regular income job, pregnancy/birth in the household did not result in any statistically significant difference with regard to the fundamental structural characteristics for the primary services ($p > 0.05$), there were differences with regard to the region of residence, gender, marital status, existence of a small child in the household and the existence of a chronic disease ($p < 0.05$).

Conclusion: Even though adults are mostly registered in the family practice system and majority have rated the family practice services as “very good/good”, FP services need to be developed for access to services, comprehensive service provision and coordination with secondary/tertiary services.

Suggestion: Studies for developing the culture of using primary healthcare services among the public via household visits are suggested in addition to activities for strengthening family practice services qualitatively and quantitatively.

Keywords: Health service; family practice; primary health care; transformation in health.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 42.08 ± 1.30 yıldır, %5.3’ü örgün eğitim almamıştı, hanelerin %34.0’ında beş yaş altı çocuk, %36.8’inde kronik hastalık vardı, birinci basamak hizmeti kullananlar sıklıkla tedavi amaçlı hizmet almıştı. Katılımcıların %63.5’i aile hekimliği hizmetini çok iyi/iyi olarak değerlendirmişti, %51.1’inin sağlıkla ilgili sorunu olduğunda ilk başvurduğu yer II. veya III. basamak hizmetlerdi. Aile hekimliğinde en fazla sorun alanlarının aile hekimliği kapalı iken aile hekimliğine ulaşamama, ev ziyaretleri yapılmaması ve sevk sisteminin işletilememesi ile ilgili olduğu tespit edildi. Yaş, eğitim, düzenli gelir getiren iş varlığı, ailede gebelik/doğumun olması I. basamağa ilişkin temel yapısal özelliklere ait puan ortalamaları yönüyle fark yaratmazken ($p > 0.05$), ikamet edilen bölgeye, cinsiyete, evli olma durumuna, ailede küçük çocuk varlığına ve kronik hastalık varlığına göre fark vardı ($p < 0.05$).

Sonuç: Yetişkinlerin büyük ölçüde aile hekimliği sistemine kayıtlı olması ve çoğunluğun aile hekimliği hizmetlerini “çok iyi /iyi” olarak değerlendirmesine rağmen hizmetlere ulaşım, kapsamlı hizmet sunumu ile II/ III. basamak hizmetlerle eşgüdümü sağlama yönünden AH hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Öneriler: Nicelik ve nitelik olarak aile hekimliği hizmetlerinin güçlendirilmesi yanında düzenli ev ziyaretleri ile halk arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanım kültürünü geliştirmeye dönük çalışmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri; aile hekimliği, birinci basamak hizmetler; hizmet kullanımı; sağlıkta dönüşüm.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

GİRİŞ

Alma Ata Bildirgesi'nden bu yana geçen 40 yıllık süreçte, sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması için atılan adımlar, beklenilenden daha etkisiz ve yavaş olmuştur. Tüm dünyada ekonomik büyüme, daha uzun yaşam, daha iyi sağlık düzeyine ulaşmada gelişmeler yaşansa da ülkeler ve bölgeler arasında eşitsizlikler devam etmektedir. Dünyada bir yanda sağlık hizmetlerine erişim yetersizken diğer yanda da hızla artan bir talep söz konusudur. Artan beklentilere ve talebe karşın, sağlık hizmetlerinin bu beklentileri karşılamaktan uzaklaştığı ifade edilmektedir (Gauld et al., 2012). Dünya Sağlık Örgütü tarafından değişen dünyada, değişikliklere daha hızlı ve daha iyi cevap verebilmek için temel sağlık hizmetlerine bir dönüş yapmak gerektiği ifade edilirken, araç olarak da sağlık reformları gösterilmektedir (Gauld et al., 2012; Deppe, 2008; Larizgoitia & Starfield, 1997).

Sağlıkta dönüşüme dönük sağlık reformları sürecinin Türkiye'de başlangıç tarihi 1990'da "Sağlık Sektörü Master Plan Etüd Çalışması" ile olmuştur. Tartışılmaya başlanan sağlıkta reform anlayışı, 2003'de Sağlıkta Dönüşüm süreci ile uygulamaya geçirilmiş ve sağlık hizmetlerinin örgüt, insan gücü ve finansman yapısında önemli değişimler yaşanmıştır (Akdağ, 2008).

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm sürecine dek uygulamada kalan Sosyalleştirilmiş Sağlık Sistemi'nin katkıları ile sağlık ölçütlerinde önemli değişimler yaşanmıştır. 1970'li yıllardan 2010'lu yıllara dek doğumda beklenen yaşam süresi 55 yaştan 72'ye yükselmiş, toplam doğurganlık hızı 5.5'ten 2.1'e inmiş, bebek ölüm hızı binde 134'ten binde 17'ye düşmüş, beş-yaş altı ölümlerde yıllık ortalama düşüş % 4.5 olmuştur. Ana ölüm hızı yüz binde 208 iken, yüz binde 28.5'e inmiş, doğum öncesi bakım alma %62.0 iken %92.0'a, AP kullanımı %31.0'dan %46.0'a ulaşmıştır (Ergüder & Oğuzhan, 2004; Koç et al., 2005; Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı, Başbakanlık, & Tübitak, 2008; OECD & WHO, 2008; UNICEF, 2009). Ancak uygulandığı sürece de yeterli desteği görmeyen sosyalleştirilmiş sağlık sistemi, 2005'de Düzce'de başlayan pilot uygulamanın 2010'da tüm illere yaygınlaştırılması ile yerini aile hekimliği (AH) sistemine bırakmıştır.

Birinci basamakta aile hekimliğine geçişle birlikte yaşanan bu köklü değişimin sonuçlarının değerlendirilmesi ve hizmet sunumunun iyileştirilmesine dönük yapılacak düzenlemeler için sağlık hizmetlerinden yararlananların bu hizmetleri değerlendirmeleri önemlidir (Tülay Lağarlı, Eser, & Baydur, 2014; The Johns Hopkins Primary Care Center, 2016). Bu değerlendirme süreçlerinde hizmetten yararlananların memnuniyetleri yanında birinci basamağın beş temel süreç özelliği olan ilk başvuru yeri olma, ulaşılabilirlik (finansal ve coğrafi yönden hizmetin erişilebilir olması), süreklilik (istenildiğinde hizmet alabilme), kapsamlılık (yaygın görülen sağlık sorunlarına dönük yeterli tedavi hizmeti ile sağlığı koruma ve geliştirmeye dönük hizmet alma), koordinasyon (II. ve III. basamak hizmetlerle etkileşimde olma) özellikleri yer almaktadır (Tülay Lağarlı et al., 2014; L Shi et al., 2004; The Johns Hopkins Primary Care Center, 2016). Bu çerçevede yapılan çalışmada bir il örneğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin halk tarafından kullanımı ve hizmet kullanımı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Mersin ilinde toplam 1.773.852 nüfus yaşamaktadır. Birinci basamakta 497 aile sağlığı birimi ve 13 toplum sağlığı merkezi ile hizmet sürdürülmektedir, 3512 kişiye bir aile hekimi düşmektedir (Köse et al., 2015).

Kesitsel nitelikteki bu araştırma 14.02.2017- 30.07.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Mersin Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı dört merkez ilçe oluşturmuştur. Örneklem, Epi info 7 Stat Calc Programı ile Bimal ve ark.'nın (2010) çalışması temel alınarak, Mersin il merkezi nüfusunda [992.343 (2016)], %50 prevalans, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 384 olarak hesaplanmış, kayıplar öngörülerek 400 kişi alınmasına karar verilmiş, altı ankette cevapların büyük ölçüde boş bırakılması nedeniyle çalışma 394 kişi ile tamamlanmıştır. Bireylerin oturdukları bölgelerden farklı yerlerde AH kayıtlı olabilecekleri dikkate alınarak ilçelerdeki nüfusa göre ağırlıklandırma yapılmayarak tüm ilçelerden eşit sayıda birey

çalışmaya dâhil edilmiştir. Gelir, sağlık hizmeti kullanımında önemli bir değişken olduğu için Gelirler Dairesi Başkanlığı'nın belirlediği arsa bedelleri üzerinden düşük, orta, üst gelir grubuna girecek mahalleler seçilmiştir. Harita üzerinden araştırmaya dâhil edilecek mahalleler ve mahallelere bağlı sokaklar/caddeler numaralandırılarak, bu numaralardan kura çekilip hangi mahalle ve sokaklarda/caddelerde çalışma yapılacağı belirlenmiştir. Seçilen her bir sokakta/caddede iki farklı noktadan başlanarak rastgele seçilen 18 yaş üstü kişilere soru formu uygulanmıştır. Görüşülen kişilerin yazılı onamları alınmıştır. Çalışma Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (2017/4).

Araştırma verilerinin elde edilmesinde literatür taranarak (Aktürk et al., 2002; Shi et al., 2004; Özkan Bambal, Lağarlı, & Eser, 2010; Berra et al., 2011; Lağarlı et al., 2011) oluşturulan soru formu kullanılmıştır. Soru formu tanıtıcı özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durumu, düzenli gelir getiren iş varlığı, göç etme durumu ve süresi, aile tipi, hanedeki kronik hastalıklı birey varlığı, hanede bebek ve çocuk sayısı, gebe sayısı) (tablo 1) ile AH hizmeti kullanımına ilişkin toplam 35 sorudan oluşmaktadır. İlgili formda yer alan birinci basamağa ilişkin sorular temel yapısal süreç özelliklerine göre sınıflandırılmıştır (tablo 2). Her bir soru 1 puan olacak şekilde alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ilk başvuru yeri olma 0-2 puan, ulaşılabilirlik 0-3 puan, süreklilik 0-3 puan, kapsamlılık 0-6 puan, koordinasyon 0-3 puan olarak belirlenmiştir ve alınan puanlar analizlerde sürekli değişken olarak kullanılmıştır. Bu bölümde toplam bir puan elde edilerek bu puan üzerinden değerlendirme yapılması amaçlanmadığından puanlarda ağırlıklandırmaya gidilmemiştir. Aile hekimliği hizmetinden memnuniyet bir soru ile değerlendirilmiştir (tablo 1). Soru formu araştırmacılar ve katılımcılar tarafından yüz yüze görüşme ile ortalama 10- 15 dakikada doldurulmuştur.

Verilerin çözümlemesi SPSS 21 paket programında tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde ve aritmetik ortalama ile önemlilik testlerinden independent T test, Ki Kare testi ve ANOVA, post hoc testi olarak Bonferroni kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak $p \leq 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 42.08 ± 1.30 yıldır (minimum 18- maksimum 85), %7.1'i (28 kişi) 65 ve üstü yaştadır, %54.3'ü kadındır. Kadınların %83.6'sı (179 kadın) doğurganlık çağındadır, 0-1 yaş bebeği olan hane sayısı 51 (%12.9), beş yaş altı çocukların olduğu hane sayısı 134'dür (%34.0). Katılımcıların %5.3'ü (21kişi) örgün eğitim almamış, %36'sı (142 kişi) üniversite mezunu, %75.9'u (299 kişi) evli, %34.5'inin (136 kişi) düzenli geliri yok, büyük kısmı (%86.3) çekirdek ailede yaşamaktadır, %11.7'si göç etmiştir. Katılımcıların %36.8'inde (145 kişi) kronik hastalık varken, 1/10'unun iki ve daha fazla hastalığı olduğu, en sık hipertansiyon (%16.5) ve diyabet (%11.4) tanılı bireylerin olduğu tespit edilmiştir. Birinci basamak hizmeti kullananlar sıklıkla muayene olmak (%70.1- 276 kişi), ilaç yazdırmak (%57.9- 228 kişi), kontrol olmak (%20.3- 78 kişi) amacıyla hizmet almıştır. Aile hekimliğinde bir saatten kısa sürede hizmet alanlar %87.0 (328 kişi), bir saat ve üzerinde beklediğini bildirenler %9.1'dir (34 kişi) (tablo 1).

Birinci basamakta 65 yaş ve üstü/ kronik hastalığı olan bireylerin %34.4'ü koruyucu olarak aşı hizmetinden yararlandığını belirtirken; 18-49 yaş evli kadınların %36.8'i (64 kadın) AP hizmeti; katılımcıların %9.7'si ruhsal konularda AH'den danışmanlık aldığını ifade etmiştir. Bir yaş altı çocuğu olanların %68.6'sının aile hekimlerinden aşılama hizmeti aldığını ifade ettiği görülmüştür. Otuz yaş ve üzeri kadınların %59.3'ü ve 50 yaş ve üzeri erkeklerin %41.9'u sağlık taramalarına ilişkin hizmet almıştır (tablo 2).

İlk başvuru yeri olma özelliğini sorgulayan sorular içerisinde katılımcıların %48.9'u (174 kişi) sağlık sorunu olduğunda öncelikli tercihinin AH olduğu, %2.6'sının herhangi AH'ye kayıtlı olmadığı; ulaşılabilirlik yönünden %74.0'ının AH kapalı olduğunda AH'den hizmet alamadığı, %22.5'inin ödeme yaptığı; süreklilik özellikleri yönünden %10.6'sının aynı AH/ASE'den hizmet almadığı, %16.6'sının AH değiştirdiği; kapsamlı hizmete ulaşma yönünden %82.0'ının AH'de genel sağlık kontrolünden geçmediği, %93.1'ine ev ziyareti yapılmadığı; koordinasyon özellikleri

yönünden sadece %25.5'i için sevk in işletildiği görülmüştür. Bu araştırmaya katılanların I. basamağın ilk başvuru olma özelliği puan ortalaması 1.46 ± 0.54 puan, kapsamlılık 3.00 ± 1.58 puan, süreklilik özelliği 1.45 ± 0.76 puandır (tablo 2).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanıtıcı özellikleri ile Aile Hekimliği Hizmetleri Kullanım Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%	Aile Hekimliği kullanım özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet					
Kadın/ Erkek	214/ 180	54.3/ 45.7			
Eğitim Durumu			AH hizmetini kullanma	Evet/ Hayır	
Okuryazar değil/ Okuryazar	10/ 11	2.5/ 2.8	AH adını bilme	174/ 220	44.2/ 55.8
İlkokul/ Ortaokul	90/ 52	22.8/ 13.2	ASE adını bilme	62/ 332	15.7/ 84.3
Lise	89	22.6		Sayı	%
Üniversite	142	36			
Medeni Durum			Sağlık sorununda ilk tercih yeri		
Evli	299	75.9	Aile hekimliği	174	48.9
Bekâr	80	20.3	Devlet hastanesi	143	40.2
Ayrı/ boşanmış	15	3.84	Özel hastane	28	7.9
			Üniversite	11	3.1
Yaş			Son bir yılda AH kullanım nedenleri *		
65 yaş altı/ 65 yaş ve üstü	28/ 366	7.1/ 92.9	Muayene olma	276	70.1
İş			İlaç yazdırma	228	57.9
Düzenli geliri olan/ olmayan	258/ 136	65.5/ 34.5	Kontrol olma	78	20.3
Aile tipi			Enjeksiyon/ pansuman	76	19.3
Çekirdek/ Geniş	340/ 44	86.3/ 11.2	Aşı yaptıрма	63	16.4
Ayrı/ boşanmış	10	2.5	Rapor alma	51	13.2
Ailede 1 yaş altı çocuk varlığı			AP	20	5.2
Var/ Yok	51/343	12.9/87.1	Sevk	9	2.3
Ailede 5 yaş altı çocuk varlığı			Diğer	1	0.3
Var/ Yok	134/260	66.0/ 34.0			
Ailede gebelik/ doğum varlığı			Aile hekimliğinde muayene için geçen süre		
Var/ Yok	35/ 359	8.9/ 91.1			
Kronik hastalık varlığı*			2 saatten uzun	4	1.1
Yok/ Var	249/145	63.2/ 36.8	1-2 saat	30	8.0
HT	65	16.5	Yarım saat	174	46.2
DM	45	11.4	Hiç beklemiyor	154	39.1
Diğer (kalp, böbrek hastalığı, KOAH, astım, migren vb.)	60	15.2	AH hizmeti kullanmıyor	15	3.8
Gelirlere göre bölgeler			Aile hekimliği hizmetinden memnuniyet		
Akdeniz	Alt 33 Orta 31 Üst 34	8.4 7.9 8.6	Çok iyi	105	26.9
Mezitli	Alt 31 Orta 34 Üst 34	7.9 8.6 8.6	İyi	143	36.6
Toroslar	Alt 32 Orta 34 Üst 34	8.1 8.6 8.6	Orta	111	28.4
Yenişehir	Alt 32 Orta 31 Üst 34	8.1 7.9 8.6	Kötü	17	4.3
Toplam	394	100	AH Hizmeti kullanmıyor	15	3.8
			Genel olarak AH hizmetinin değerlendirilmesi*		
			AH erişim kolay	186	47.6
			İletişimi daha iyi	176	45.0
			Sağlık ocaklarından farksız	168	42.6
			Hasta memnuniyeti arttı	121	30.9
			Ülkeye uygun hizmet	106	27.1
			Genel olarak AH destekliyor	162	41.4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 2. Aile hekimliğinin temel yapısal özelliklere ilişkin cevapların dağılımı, Mersin 2017

I. Basamak Hizmet Özellikler	Sorular	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Toplam n
İlk Başvuru Yeri Olma	<i>Sağlık hizmeti vermekle sorumlu aile doktorunun varlığı</i>	378 (97.4)	10 (2.6)	388
	<i>Sağlıkla ilgili durumda öncelikle aile bekimine başvurma</i>	174 (48.9)	182 (51.1)	356
Ulaşılabilirlik	<i>Aile bekimliğinin kapalı olduğu zamanlarda aile bekimine ulaşabilme</i>	95 (26.0)	270 (74.0)	365*
	<i>Aile bekimliğine gidildiğinde ücret ödememe gerektiğini bilme</i>	289 (77.5)	84 (22.5)	373*
	<i>Aile bekimliğinin coğrafi yakınlığı</i>	319 (81.6)	72 (18.4)	391
Süreklilik	<i>Tekrarlı başvurularda aynı AH/ ASE**'den hizmet alma</i>	336 (89.4)	40 (10.6)	376*
	<i>Aile bekiminin bireyin sağlık problemlerini biliyor olması</i>	168 (43.2)	221 (56.8)	389
	<i>Aile bekimini değiştirmeme</i>	327 (83.4)	65 (16.6)	392
Kapsamlılık	<i>Hastalıklardan korunmak için hizmet kullanımı</i>			
	<i>Kronik hastalığı olan veya 65 yaş üstü kişilerden aşılama hizmeti alanlar</i>	14 (9.2)	139 (90.8)	153
	<i>Bir yaş altı çocuğu olanlardan AH'den aşılama hizmeti aldığını ifade edenler</i>	16 (31.4)	35 (68.6)	51
	<i>18-49 yaş, evli kadınlardan aile planlaması hizmeti aldığını ifade edenler</i>	64 (36.8)	110 (63.2)	174
	<i>Ruhsal konularda danışmanlık alanlar</i>	38 (9.7)	352 (90.3)	390
	<i>Sağlıkla ilgili önerilere uymanın önemini anlatıldığını ifade edenler</i>	301 (78.2)	86 (21.8)	387
	<i>Aile bekimi tarafından genel sağlık kontroliinden geçme</i>	70 (18.0)	319 (82.0)	389
	<i>Aile bekimi/ ASE'den sağlık taramalarına ilişkin bilgi alma</i>	163 (41.6)	229 (58.4)	392
	<i>Aile bekiminin uyguladığı tedaviden sonuç alma</i>	293 (79.2)	77 (20.8)	370*
	<i>Aile bekimi/ ASE'den şikayeti yada hastalığı hakkında bilgi alma</i>	295 (79.3)	77 (20.7)	372*
Koordinasyon	<i>Aile bekimi/ ASE tarafından evine ziyaret yapılması</i>	27 (6.9)	364 (93.1)	391
	<i>Gerekli durumlarda sevk edilme</i>	95 (25.5)	277 (74.5)	372*
	<i>Aile bekimi/ ASE tarafından sevk hakkında bilgilendirme yapılması</i>	75 (20.2)	297 (79.8)	372*
	<i>Aile bekimi/ ASE tarafından sevk sonrası yapılanlara ilişkin bilgi alma</i>	61 (16.4)	310 (83.6)	371*
Toplam				394

* AH hizmetini kullanmayan 15 kişi analize dahil edilmemiştir.

** Aile sağlığı elemanı

Tek yönlü ANOVA testi -oturulmuş bölge ile I. basamak yapısal özelliklerinden “ilk başvuru yeri olma”, “süreklilik” ve “kapsamlılık” özellikleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bonferroni post hoc testi ile ileri analiz, Yenişehir bölgesinde oturanların Mezitli ve Toroslar 'da oturanlara göre ilk başvuru yeri olarak öncelikle aile hekimliğini tercih ettiklerini, aile hekimliğini daha düzenli kullandıklarını (süreklilik) ve daha geniş yelpazede hizmet alabildiklerini (kapsamlılık özelliği) göstermektedir (tablo 3).

Yaş, eğitim, düzenli gelir getiren iş varlığı, ailede gebelik/doğumun olması I. basamağa ilişkin temel yapısal özelliklere ait puan ortalamaları yönüyle fark yaratmazken ($p>0.05$), kadınların “ilk başvuru”, “süreklilik”, “kapsamlılık” puan ortalamaları erkeklerden, tüm alanlarda evli olanların bekâr/boşanmış olanlardan, ailede küçük çocuğu olanların “kapsamlılık” puan ortalamaları ailede küçük çocuğu olmayanlardan, kronik hastalığı olmayanların “ulaşılabilirlik” ve “koordinasyon” puan ortalamaları kronik hastalığı olanlardan daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 3. Birinci basamak hizmetlerin temel özelliklerinin bireylerin tanıtıcı nitelikleri ve bölge özellikleri ile ilişkisi Mersin, 2017

Değişkenler	Özellikler	İlk başvuru yeri olma (0-2 puan)	Ulaşılabilirlik (0-3 puan)	Süreklilik (0-3 puan)	Kapsamlılık (0-6 puan)	Koordinasyon (0-3 puan)	Toplam (0-15 puan)
Yaş	65 yaş altı	1.47±0.55	0.75±0.77	1.45±0.75	3.02±1.57	0.61±1.12	7.43±3.03
	65 yaş/üstü	1.40±0.58	0.71±0.71	1.52±0.89	2.82±1.69	0.39±0.92	6.83±3.26
p		0.53	0.81	0.64	0.53	0.25	0.36
Cinsiyet	Kadın	1.52±0.53	0.76±0.75	1.55±0.76	3.31±1.56	0.66±1.13	7.82±3.07
	Erkek	1.39±0.56	0.74±0.78	1.33±0.74	2.61±1.52	0.51±1.08	6.80±2.93
		0.02	0.84	0.01	0.01	0.19	0.01
Eğitim	Ortaöğretim/ altı	1.46±0.54	0.71±0.74	1.40±0.75	3.00±1.59	0.62±1.12	7.36±3.02
	Üniversite/üstü	1.46±0.56	0.82±0.81	1.54±0.77	3.00±1.57	0.53±1.08	7.45±3.12
p		0.89	0.23	0.08	1.00	0.44	0.81
Medeni durum	Bekâr/boşanmış-ayrı	1.35±0.53	0.59±0.72	1.23±0.69	2.57±1.57	0.58±1.06	6.33±3.05
	Evli	1.50±0.55	0.80±0.77	1.52±0.76	3.14±1.56	0.60±1.12	7.72±2.97
p		0.02	0.02	0.01	0.03	0.87	0.01
İş	Gelir güvencesiz	1.49±0.53	0.76±0.71	1.49±0.80	3.09±1.63	0.72±1.19	7.67±3.08
	Gelir güvenceli	1.46±0.56	0.74±0.79	1.43±0.73	2.95±1.55	0.52±1.06	7.21±3.02
p		0.58	0.88	0.44	0.45	0.09	0.21
Göç	Var	1.45±0.54	0.75±0.75	1.46±0.74	3.02±1.57	0.58±1.10	7.43±3.04
	Yok	1.44±0.60	0.76±0.83	1.37±0.85	2.89±1.62	0.65±1.20	7.05±3.08
p		0.72	0.94	0.43	0.61	0.69	0.48
Bireysel gelir	Alt/orta	1.51±0.54	0.75±0.76	1.48±0.76	3.00±1.54	0.61±1.13	7.56±3.05
	Üst	1.39±0.57	0.75±0.78	1.40±0.75	3.01±1.66	0.54±1.07	7.05±3.02
p		0.05	0.99	0.35	0.94	0.56	0.17
İlçeler	Akdeniz	1.45±0.52	0.68±0.74	1.47±0.74	3.28±1.44	0.60±1.13	7.74±2.70
	Mezitli	1.41±0.58	0.73±0.84	1.34±0.81	2.72±1.61	0.69±1.17	7.09±3.66
	Toroslar	1.37±0.57	0.79±0.71	1.36±0.72	2.72±1.53	0.58±1.06	6.84±2.85
	Yenişehir	1.63±0.49	0.79±0.78	1.64±0.73	3.24±1.66	0.49±1.08	7.73±3.01
p		0.01	0.72	0.02	0.01	0.63	0.16
Ailede 5 yaş altı çocuk	Var	1.44±0.56	0.73±0.76	1.40±0.75	2.89±1.60	0.54±1.08	7.10±3.01
	Yok	1.51±0.52	0.78±0.78	1.55±0.76	3.22±1.51	0.69±1.16	7.95±3.05
p		0.25	0.61	0.08	0.05	0.22	0.02
Ailede Gebelik/ doğum	Var	1.55±0.51	0.69±0.77	1.59±0.82	3.07±1.44	0.65±1.13	7.68±3.12
	Yok	1.46±0.55	0.76±0.77	1.44±0.75	2.99±1.59	0.59±1.11	7.36±3.04
p		0.38	0.59	0.27	0.81	0.76	0.62
Kronik hastalık varlığı	Var	1.47±0.55	0.66±0.73	1.41±0.76	2.90±1.51	0.46±0.98	6.97±2.89
	Yok	1.46±0.54	0.90±0.80	1.52±0.74	3.18±1.69	0.81±1.27	8.01±3.18
p		0.93	0.03	0.15	0.11	0.01	0.01
Genel ortalama		1.46±0.54	0.75±0.76	1.45±0.76	3.00±1.58	0.59±1.11	7.39±3.05

Tartışma

Yapılan bu araştırma Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası I. basamakta yapılan değişikliklerin halkın hizmet kullanımına yansımaları gösteren bir saha çalışması olup doğrudan bireyler tarafından hizmet kalitesinin değerlendirilmesine fırsat sağlaması yönüyle önemlidir.

Yapılan çalışmalarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, güçlü temel sağlık hizmetleri verilmesi ve birinci basamak hizmetlerine erişimin artırılmasıyla sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşıldığı, acil kullanımlarının ve hastaneye yatışların azaldığı (Niti & Ng, 2003; Rao & Pilot, 2014), daha az maliyetle daha iyi sağlık sonuçlarının elde edildiği (L Shi et al., 2004), sağlıkla ilgili yoksullukları azaltmada etkili olduğu (Mendonça, Harzheim, Duncan, Nunes, & Leyh, 2012) ve sağlıkta daha eşitlikçi yapının sağlandığı (Leiyu Shi, 2012) ifade edilmektedir. Sağlık

hizmetlerinin değerlendirilmesinde hizmeti kullanan kişiler kadar kullanmayanların da belirlenmesi hizmet niteliğinin artırılması ve toplum sağlığının korunması yönüyle önemlidir. İlimizde yüksek oranda bireyler bir aile hekimine kayıtlı olmasına karşın literatüre benzer şekilde (Mete et al., 2015) az sayıda olsa da AH sistemine kayıt olmayan bireylerin bulunması, isteğe dayalı kayıt sisteminin özellikle ihtiyacı olan, ancak sağlık hizmetlerine en az başvuran kişilerin hizmet alımında sorun yaşanabileceğini göstermesi yönüyle önemlidir. Sağlık ocaklarında uygulanan bölge tabanlı hizmet uygulaması, aile hekimliğine geçişle birlikte yerini nüfus tabanlı hizmete bırakmıştır (Çevik & Kılıç, 2013). Bu uygulama ile nüfusunun ne kadarının I. basamağa kayıtlı olduğunun bilinmemesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygun sağlık politikalarının üretilmesinin önünde önemli bir engeldir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerine göre I. basamağa başvurular 2011 yılında 244 bin iken, 2015 yılında 215 bin olmuş, II ve III basamak hizmetlere başvurular ise 367 binden 446 bine yükselmiştir (Köse et al., 2015). Yapılan çalışmada da sağlıkla ilgili sorun olduğunda öncelikle II ve III. basamak hizmetlerin tercih edildiği görülmektedir. Bu durum I. basamağın kapı tutucu işlevini yerine getirememesi yanında özel bakıma ihtiyaç duyanların uygun hizmete yönlendirilmesi ve sağlık ve hastalık hallerinde sürekli ve bütüncül bakımın sağlanmasında sorun oluşturabilir (Fausto et al., 2017). Şensoy, Alparslan, Nurhan, Atila, & Selim (2014) ve Mete et al. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda, çalışmamızdan farklı olarak ilk başvuru yeri olarak AH'yi tercih etme ve memnuniyet oranları daha yüksektir. Sosyodemografik özellikler, hizmete yapılan yatırımlar, halkın birinci basamak hizmetleri kullanım alışkanlıkları, verilen hizmetin nicelik ve niteliğinin farklılığı yanında diğer araştırmaların çalışmamızdan farklı olarak I. basamağı tercih ederek gelen bireyler üzerinde yapılması sonuçların farklılığında açıklayıcı olabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerini değerlendirilmesinde memnuniyetin temel bir gösterge olarak sıklıkla tartışıldığı görülmektedir (Ali, Khuwaja, Kausar, & Nanji, 2012; Lyratzopoulos et al., 2012; Sağlık Bakanlığı, 2014). Ancak çalışmalar incelendiğinde yapılan araştırmaya benzer şekilde yüksek memnuniyet oranlarına karşılık bireylerin bu hizmetleri benzer oranlarda tercih etmedikleri görülmektedir (Çetinkaya, Baykan, & Naçar, 2013; Şensoy et al., 2014; Mete et al., 2015). Memnuniyetin değerlendirilmesinde genellikle olumlu yönde cevaplar gelmesine karşın gerçek memnuniyetin bireylerin ihtiyacı olduğunda ilk başvuru yeri olarak AH kullanımı ve hastalık olsun olmasın sürekli hizmet kullanımı ile anlaşılabilirliği bildirilmektedir (Burt et al., 2017). Nitekim Avrupa'da yapılan bir araştırmada birinci basamağın gücü ile hasta beyanına dayalı kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (Kringos, 2013). Birinci basamağa başvurular istenilen düzeyin altında olsa da geçmişte sağlık ocağını tercih edenlerin oranı ile dönüşüm sonrası AH tercihinin benzer oranlarda olduğu görülmektedir (Ateş et al., 2003; Sünter, Dabak, Canbaz, & Pekşen, 2003; Beşparmak & Seviğ, 2005; T Lağarlı et al., 2011; Şensoy et al., 2014). Hekimin özgürce seçilebilmesi, aynı hekime muayene olabilmek yanında yapılan yatırımların artmasının AH sistemi lehine olumlu etki yaptığı söylenebilir (Çevik & Kılıç, 2013). Diğer taraftan birinci basamaktaki dönüşümün hizmeti kullanım amacında herhangi bir değişiklik yaratmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık ocakları döneminde de, aile hekimliği sisteminde de bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarını sıklıkla muayene olmak, reçete yazdırmak gibi tedavi amaçlı hizmetler için kullandığı, koruyucu hizmet kullanımının sınırlı düzeyde kaldığı görülmektedir (İlhan, Tüzün, Aksakal, & Özkan, 2006; Altay, 2009; Çetinkaya et al., 2013; Çevik & Kılıç, 2013; Şensoy et al., 2014). Yapılan çalışmada literatüre benzer şekilde (Çetinkaya et al., 2013; Akman, 2014) bebek ve çocuk sağlığının önceliklendirilerek aşı ve takiplerinin sağlık ocaklarında olduğu gibi aile hekimliği sistemi içinde de düzenli yapıldığı, bir yaş altı çocuğu olan bireylerin aşılama hizmetlerini kullanım oranları ve beş yaş altı çocuğu bulunan ailelerin kapsamlı hizmet kullanım puanlarının daha yüksek olması ile anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmada Çetinkaya et al.'ın (2013) yaptığı çalışmadan farklı olarak bir yaş altı çocuğu olan ailelerin tümü AH'den hizmet aldıklarını bildirmekle birlikte aşılama hizmetlerinden faydalandığını ifade edenler yaklaşık 2/3'ü kadardır. Anket yönteminin

getirdiği kısıtlılıklarla birlikte, gelecekte yapılacak çalışmalarda aşılamanın AH dışında yapılmasının nedenlerinin araştırılması önerilir.

Ulusal Kanser Tarama Programı'na uygun olarak erkeklerde (50 yaş ve üstü) daha düşük (%41.9) olmakla birlikte kadınların (30 yaş ve üstü) yarısından fazlasının (%59.3) taramalara ilişkin bilgilendirilmiş olması KETEM ve aile hekimliklerinin bu konuda yürüttükleri olumlu çabaların sonucu olarak değerlendirilebilir. Sağık ocağı döneminden farklı olarak kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezlerinin 2006 yılında kurulması ve 2009'dan itibaren tüm illere yaygınlaştırılması ile ülkede ulusal kanser tarama takip uygulamasına başlatılmasının bu sonuçta etkili olduğu söylenebilir (Tuncer, Özgöl, Olcayto, Gültekin, & Dede, 2009). Taramalara ilişkin olumlu gelişmelere karşın 18-49 yaş evli kadınların sadece % 36.8'i (64 kadın) AP hizmetini AH'den almıştır. Son bir yılda AH'den AP hizmeti alanlar Çetinkaya et al.'ın (2013) çalışmasına benzer şekilde oldukça düşük düzeyde kalmıştır. Aile Sağlığı Birimlerinde hap ve kondom dağıtımıyla sınırlı bir AP hizmeti verilmesi, zaman zaman malzeme temininde sorunlar yaşanması ve rahim içi araç uygulayabilecek sertifika sahibi ebe ve hemşirelerin bir kısmının TSM ya da hastanelere kaydırılmasının bu durumda etkili olabileceği bildirilmiştir (Akman, 2014). Sağık ocağında 15-49 yaş kadınların yılda iki kez izlem zorunluluğu olmasına rağmen aile hekimliği uygulamasında bu zorunluluğun olmaması ve AP hizmetlerinin performans değerlendirme kriterlerine dahil edilmemiş olması birinci basamakta aile planlaması hizmetleri yürütümünü olumsuz etkilemiş olabilir (Nesanır & Erkman, 2010).

Hizmetin zaman içerisinde düzenli kullanımında hastanın aynı hekime ulaşması önemlidir. Yapılan çalışmaya benzer şekilde Özata, Tekin, & Öztürk'ün (2016) katılımcıların yaklaşık %13.0'ı kendi hekimlerini göremediklerini ifade etmiştir. Çalışmamızda aynı aile hekimi/aile sağlığı elemanından hizmet alamadığını belirten bireylerin yaklaşık %85'lik bölümünün aynı zamanda AH'nin önemli sorunlarını bilmediğini düşünmesi, sağık çalışanı ile bireylerin birbirlerinin ihtiyaçlarını anlamada, sürekliliğin önemini göstermesi açısından önemlidir (Shi, Starfield, 2001; http://www.jhsph.edu/pcpc/pca_tools.html; Özata 2016; Burt, Campbell, Abel, Aboulghate, Ahmed, Asprey et al. 2017). Aile hekimliğinin düzenli kullanımında ve aynı sağık personelinde hizmet almada yaşanan sorunlarda geniş bir ekip tarafından yürütülebilecek hizmetlerin aile hekimliğinde sadece iki kişi ile sunulması, hekim başına düşen nüfusun fazlalığı, hekimin gezici hizmetler ve yerinde hizmetler için birimden ayrılması, izin alması etkili olabilir (Çevik & Kılıç 2013). Hekim başına düşecek nüfusun azaltılması yanında, hizmetlerin yürütülmesinde iki kişilik ekip anlayışından vazgeçilerek toplumsal ihtiyaçlara uygun şekilde hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı gibi farklı mesleklerden oluşan ekip hizmeti anlayışına geri dönülmesi, birinci basamakta süreklilik, kapsamlılık, ulaşılabilirlik yönünden yaşanacak sorunların azalması yanında ve kronik hastalıklarda gereksiz hastane yatışlarının önlenmesine katkı sağlayabilir (Kringos 2013; Akman 2014).

Araştırmamızda Çetinkaya et al.'ın (2013) çalışmasına benzer şekilde hizmet alanlar, aile sağlığı elemanlarını çok az tanımaktadır. Bu ise aile hekimliğinin ekip odaklı bir hizmet olmaktan ziyade hekim odaklı bir hizmet olduğuna dair anlayışı destekler niteliktedir. Oysa sağık çalışanları ile bireyler arasındaki iletişimin artması her iki tarafın birbirini daha iyi tanınması ile mümkün olabilir. Bu ise daha nitelikli hizmetlerin sağlanması yanında toplumda birinci basamak hizmet kullanımı kültürünün yaygınlaşmasını kolaylaştırabilir.

Birinci basamakta performansa dayalı bebek takibi, aşılama gibi ek ödeme yapılan hizmetler ile taramalar gibi özel programların yürütüldüğü alanlarda sürekliliğinin sağlanmasında daha az sorun yaşandığı görülürken, kronik hastalık yönetimi, erişkin kadın izlemi, aile planlaması hizmetleri, ruhsal danışmanlık gibi alanlarda sorunun devam ettiği, ilgili yönetmelikte belirtilmesine karşın yılda bir genel muayene yapılan kişi sayısının beş kişiden biri ile sınırlı kaldığı görülmektedir (Çevik & Kılıç 2013; Akman 2014).

Kişinin çevresiyle bir bütün olarak değerlendirilmesi, sağlığını etkileyebilecek çevresel faktörlerin izlenmesi ve bireylere ihtiyacı olan kapsamda hizmetlerin yürütümünde ev ziyaretleri değerli bilgiler sağlanmasına rağmen literatüre benzer şekilde (Çetinkaya et al. 2013) çok sınırlı

sayıda ev ziyaretinin yapılmış olması birinci basamakta sağlık çalışanı sayısının yetersizliğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Kayseri’de (Çetinkaya et al. 2013) bireylerin %12’si, Malatya’da %3.4’ü (Mete et al. 2015) aile hekimini değiştirdiğini belirtmiştir. Yapılan çalışmada bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür. Aile hekimliği hizmetinin bütüncül ve sürekli olarak yürütüldüğü ülkelerde aile hekimi hasta ilişkisinin ortalama 8-13 yıl sürdüğü göz önüne alındığında geçen altı yıllık sürede yaklaşık her altı kişiden birinin aile hekimini değiştirmiş olması hizmetin sürdürülebilirliği ve kapsamlılığı yönüyle sorunludur (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Ulaşılabilirlik bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetlere ihtiyaç duydukları zamanda ihtiyaçları ölçüsünde, karşılanabilir bir bedel ile ulaşabilmelerini ifade ederken (Fausto et al., 2017) bu alanda yaşanan en büyük sıkıntının mesai saatleri dışında aile hekimine ulaşma ile ilgili olduğu görülmektedir. Sorunun ülkemizde sağlık ocağı döneminden bu yana, hızlı kentleşmeye cevap verebilecek tipte birinci basamak hizmetlerin geliştirilememesiyle ilişkili olarak varlığını sürdürdüğü söylenebilir. Bu konuda zaman zaman bölgede nöbet usulü ile mesai saatleri dışında da hizmet verilmeye çalışılsa da hem hizmet verenleri hem de hizmet alanları memnun edecek bir çözüme ulaşılabildiği söylenemez. Bu sorun sadece ülkemizin sorunu olmayıp güçlü birinci basamak sağlık sistemine sahip İngiltere’de dahi 2000’li yıllardan bu yana mesai saatleri dışında hizmete ulaşım konusunda sorunların olduğu ifade edilmektedir (Burt et al., 2017).

Ulaşılabilirlik, coğrafi ve finansal ulaşılabilirlik olarak iki yönden ele alınabilir. Yakındaki aile hekiminin listesinin dolu olması, hizmetten memnun kalmama, aile hekiminin ya da bireyin ikamet değişikliği gibi nedenlerle kişilerin coğrafi olarak kendilerine uzak aile hekimlerine kayıtlı olmaları hizmete ulaşımı güçleştiren nedenlerdendir (Akman, 2014). Finansal ulaşılabilirlik yönüyle (Çetinkaya et al., 2013) yaptığı çalışmanın bulgularına benzer şekilde yaklaşık her dört kişiden birinin AH gidildiğinde ücret ödememesi gerektiğini bilmemesi, birinci basamakta muayene ücreti olmasa da, ilaçlardan alınan katkı payı uygulamalarına devam edilmesiyle ilgili olabilir (Akman, 2014). Diğer taraftan birinci basamağa başvuran kişilerin büyük çoğunluğunun literatüre benzer şekilde bir saatten kısa sürede hizmet almaları hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyecek durumlardandır (Şensoy et al., 2014).

Aile hekimliği sisteminin en zayıf yönlerinden biri sevk zincirinin olmamasıdır (Akman 2014). Kişilerin aile hekimlerine başvurmadan doğrudan ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ulaşabilmelerinden dolayı literatüre benzer şekilde sevk oranları ve kurumlar arası koordinasyon düşüktür (Nesanır & Erkman, 2010; Özata et al., 2016). Mevcut koşullarda birinci basamağa sevk uygulaması getirilmesinin iş yükü artışına sebep olabileceğine ilişkin kaygılar (Akman 2014) nedeniyle çalışanlar tarafından da uygulama desteklenmemektedir. Oysa (Çevik & Kılıç, 2013) yaptıkları çalışmada sevk zinciri olmadığında maliyetin arttığı, II. basamakta yığılmaların olduğu ve hastaların yeterince izlenemediğini belirtmiştir. Li et al., (2017) birinci basamağın kapı tutucu işlevinin işletilmesi halinde sağlık hizmetlerine erişimin artacağı, sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımının azalacağı ve birinci basamak hizmetlerin güçleneceğini bildirmektedir.

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımına ilişkin deneyimleri bireysel özelliklere göre de farklılaşabilmektedir. Literatürde yaşlıların, daha iyi eğitilmiş olanların, daha az yoksunluk yaşayanların ve sağlık durumunu iyi olarak bildirenlerin, daha genç, daha az eğitilmiş, daha yoksun ve sağlık durumunu kötü olarak bildirenlerden genellikle daha olumlu deneyimledikleri ifade edilmiştir (Kontopantelis, Roland, & Reeves, 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Burt et al., 2017). Yapılan çalışmada genç olanların yaşlılara göre deneyimleri daha olumlu görülse de aradaki farkın Mete et al.’ın (2015) yaptığı çalışmaya benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ülkemizde diğer ülkelerden farklı olarak yaşlanmayla birlikte sağlık sorunlarının ve yoksunlukların artmasının bu durumda etkili olabileceği düşünülse de yaşlılarda hizmet kullanımının ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

Birinci basamak hizmet deneyimlerinin ülkelere göre farklılaştığı görülmektedir. Suudi Arabistan Majmaah’ da birinci basamak deneyimini olumlu olarak değerlendirme durumu cinsiyete ve evlilik durumuna göre farklılık göstermezken (Mohamed et al., 2015), Kuveyt’te

erkeklerde Pakistan’da çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda olumlu deneyimleme daha yüksektir (Ali et al., 2012). Kadınların AH hizmetini erkeklerden daha olumlu deneyimlemelerinde gebelik- doğum- bebek ve çocuk izlemleri gibi nedenlerle aile hekimlikleri daha sık kullanmaları, (Heje, Vedsted, Sokolowski, & Olesen, 2008; Sağık Bakanlığı, 2014) çalışan erkeklerin çalışma saatleri dışında hizmet alamamaları etkili olabilir.

Yapılan araştırmanın önemli sonuçlarından biri Lyratzopoulos et al.’ın (2012) çalışma sonucuna benzer şekilde hizmet deneyiminin farklı sosyodemografik grupların yer aldığı bölgelere göre farklılık göstermesidir. Kontopantelis et al. (2010) sosyoekonomik yoksunluk olan bölgelerde yaşayan kişilerin deneyimlerini daha az olumlu değerlendirme eğiliminde olduklarını bildirmektedir. Değerlendirmedeki farklılıklarda bölgeye götürülen hizmetin farklı olması yanında gruplardaki bireylerin hizmetleri farklı değerlendirme eğilimleri etkili olabileceğinden daha ileri araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır (Kontopantelis et al., 2010).

Sonuç ve Öneriler

Ülkede I. basamağa yapılan yüksek yatırıma rağmen coğrafi ve finansal yönden ulaşılabilirlik özelliği ve II.- III. basamak hizmetlerle eşgüdümü sağlama yönüyle değişimin istenilen düzeyin altında kaldığı söylenebilir. Katılımcıların yarısından fazlası I. basamak hizmetleri iyi/çok iyi olarak değerlendirmesine rağmen benzer memnuniyetin hizmet kullanımına yansımadağı ve AH’dan yararlananların da daha çok tedavi amaçlı hizmet aldığı görüldüğünden nicelik ve nitelik olarak aile hekimliği hizmetlerinin güçlendirilmesi yanında halk arasında birinci basamak hizmetleri kullanım kültürünü geliştirmeye dönük çalışmaların yapılması önerilir. Ulaşılabilirliği artırabilecek veya destekleyebilecek telefon/e-posta ile danışma hizmetleri yaygınlaştırılabilir. Kronik hastalıklar, 15-49 yaş kadınlar, bebek ve çocuklu ailelerin birinci basamaktan beklentilerini içeren tanımlayıcı çalışmaların yapılması önerilir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sadece şehir merkezinde yapılmıştır, hizmetlere ulaşımın daha sınırlı olduğu kırsal kapsamamaktadır. Bireylerin hizmet alımını etkileyebilecek aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının yaş, cinsiyet, iletişim özellikleri, çalışma deneyimi değerlendirilmemiştir.

Kaynaklar

- Akdağ, R. (2008). *Temel Sağık Hizmetleri* (Vol. 1). Retrieved from <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>
- Akman, M. (2014). Strength of primary care in Turkey. *Turkiye Aile Hekimligi Dergisi*, 18(2), 70–79. <https://doi.org/10.2399/tahd.14.00070>
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, E., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., & Filiz, M. (2002). Hastalar hekimleri değerlendiriyor: Europep Ölçeği, (9), 153–160.
- Ali, N. S., Khuwaja, A. K., Kausar, S., & Nanji, K. (2012). Patients’ evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. *Quality in Primary Care*, 20(5), 375–383.
- Altay, B. (2009). 15-49 yaş grubu kadınların sağık ocağı hizmetlerini bilme ve kullanma durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 66–77.
- Ateş, M., Erbaydar, T., Demirkıran, K., Özhan, G., Cevahir, E., & İşçi, E. (2003). Gebze Halkının sağık hizmetlerini kullanımı ve sağık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağık İdaresi Dergisi*, 7(3), 319–341.
- Berra, S., Rocha, K. B., Rodríguez-Sanz, M., Pasarın, M. I., Rajmil, L., Borrell, C., & Starfield, B. (2011). Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*, 11(1), 285. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-285>

- Beşparmak, A., & Seviğ, Ü. (2005). Kayseri il merkezi Argıncık Sağlık Ocağı bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 1-6.
- Burt, J., Campbell, J., Abel, G., Aboulghate, A., Ahmed, F., Asprey, A., ... Roland, M. (2017). Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. *Programme Grants for Applied Research*, 5(9), 1-452. <https://doi.org/10.3310/pgfar05090>
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 417-424. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1339159354>
- Çevik, C., & Kılıç, B. (2013). Manisa ilinde sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşleri. *Sted*, 22(4), 122-129.
- Ergüder, T., & Oğuzhan, T. (2004). Avrupa Birliği genişlemesi ve sağlık düzeyi farklılıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 37(2), 149-162.
- Fausto, M. C. R., Bousquat, A., Lima, J. G., Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Mendonca, M. H. M. de, ... Silva, A. T. C. da. (2017). Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *The Journal of Ambulatory Care Management*, 40 Suppl 2(2), S60-S70. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000183>
- Gauld, R., Blank, R., Burgers, J., Cohen, A. B., Dobrow, M. K., Ikegami, N. K. I., ... Wendt, C. (2012). The World Health Report 2008 - Primary healthcare: How wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? *Healthcare Policy*, 7(3), 38-58. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22778>
- Hacettepe Üniversitesi, N. E. E., Sağlık Bakanlığı, A. Ç. Sa. ve A. P. G. M., Başbakanlık, D. P. Te. M., & TÜBİTAK. (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. Retrieved from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
- Heje, H. N., Vedsted, P., Sokolowski, I., & Olesen, F. (2008). Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Services Research*, 8, 178. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-178>
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.
- Koç, İ., Schumacher, R., Cambell, O., Türkyılmaz, S., Ergöçmen, B., & Yüksel, İ. (2005). *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması* (1. Basım). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Kontopantelis, E., Roland, M., & Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-61>
- Köse, M. R., Başara, B. B., Güler, C., Soytutan, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., ... Yentür, G. K. (2015). Sağlık istatistikleri yılı. In B. Başara, C. Güler, İ. Soytutan, A. Aygün, & T. A. Özdemir (Eds.), *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015* (pp. 181-207). Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Kringos, D. S. (2013). The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(4), 165-179. <https://doi.org/10.2399/tahd.13.00165>
- Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M., Aydoğdu, B., Baklaya, Ü., Fıra, C., ... B, S. (2011). Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 16-32.

- Lağarlı, T., Eser, E., & Baydur, H. (2014). Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Turk J Public Health*, 12(3), 162-177. <https://doi.org/10.20518/thsd.74625>
- Larizgoitia, I., & Starfield, B. (1997). Reform of primary health care: The case of Spain. *Health Policy*, 41(2), 121-137. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00017-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00017-1)
- Li, W., Gan, Y., Dong, X., Zhou, Y., Cao, S., Kkandawire, N., ... Lu, Z. (2017). Gatekeeping and the utilization of community health services in Shenzhen, China. *Medicine*, 96(38), 1-7.
- Lyratzopoulos, G., Elliott, M., Barbiere, J. M., Henderson, A., Staetsky, L., Paddison, C., ... Roland, M. (2012). Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 21-9. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000088>
- Mendonça, C. S., Harzheim, E., Duncan, B. B., Nunes, L. N., & Leyh, W. (2012). Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 27(4), 348-355. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr043>
- Mete, B., Pehlivan, E., Tekin, C., Nacar, E., Unver, E., & Baran, A. (2015). Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Medicine Science | International Medical Journal*, 4(4), 2721. <https://doi.org/10.5455/medscience.2015.04.8288>
- Mohamed, E. Y., Sami, W., Alotaibi, A., Alfarag, A., Almutairi, A., & Alanzi, F. (2015). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, 9(2), 163-70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26309435> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4538893>
- Nesanır, N., & Erkman, N. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış, 9(5), 493-504.
- Niti, M., & Ng, T. P. (2003). Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 17-22. <https://doi.org/10.1136/jech.57.1.17>
- OECD ve WHO. (2008). *OECD Sağık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. Retrieved from www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089%5CnTm
- Özata, M., Tekin, F., & Öztürk, Y. (2016). Konya'daki Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, (35), 205-218.
- Özkan Bambal, Ö., Lağarlı, T., & Eser, E. (2010). Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağık birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağık Dergisi*, 8(3), 176-190.
- Rao, M., & Pilot, E. (2014). The missing link - the role of primary care in global health. *Global Health Action*, 7(SUPP.1), 1-6. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23693>
- Sağık Bakanlığı, S. A. G. M. (2014). 'Türkiye Sağık Memnuniyeti Araştırması 2012. Ankara: T.C. Sağık Bakanlığı.
- Sağık Bakanlığı. (2014). *Aile doktorları için kurs notları*. Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık. Retrieved from asm.mersinhsm.gov.tr/download/ailehekkursnotlari.doc
- Shi, L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica (Cairo)*, 2012, 432892. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Xu, J., Regan, J., Politzer, R., & Wulu, J. (2004). Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 374-380. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.013078>
- Somel, C. (2004). Dünyada ve Türkiye'de neoliberal politikaların topluma yansıması. *Toplum ve Hekim*, 19(6), 448-451.

- Sünter, T., DAbak, Ş., Canbaz, S., & Pekşen, Y. (2003). Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(3), 135–139.
- Şensoy, N., Alparslan, Ö., Nurhan, D., Atilla, E., & Selim, K. (2014). A Research on Patient Satisfaction with Primary Health Care in the Center of Afyonkarahisar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(1), 29–34. <https://doi.org/10.4328/JCAM.1173>
- The Johns Hopkins Primary Care Center. (2016). jhsph. Retrieved from <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/definitions.html>
- Tuncer, M., Özgül, N., Olcayto, E., Gültekin, M., & Dede, İ. (2009). *Ketem El Kıtabi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı.
- UNICEF. (2009). *Türkiye’de 5 Yaş Altı Ölüm Hızında Azalma: Bir Durum Çalışması*. Retrieved from <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/unicef-5-yas-alti-olumler.pdf>

Extended English Abstract

Introduction

Inequalities in the field of health are ongoing despite the economic developments in our world and country. Whereas reforms are brought to the forefront in our country as in the rest of the world, the importance of prioritizing the primary healthcare services is emphasized. Family practice system which is a component of the reforms in health in our country has taken the place of socialized healthcare system since 2010. The effects of this radical change on the use of the healthcare services by the public should be evaluated.

Purpose

The objective of this study was to determine the factors affecting the access to family practice (FP) service at the Mersin provincial center along with the factors affecting the use of this service.

Method and Material

This cross-sectional study was carried out during the dates of 14.02.2017 – 30.07.2017 at the Mersin city center on 394 adult individuals and the data were acquired via face-to-face interviews. Primary healthcare characteristics – “being the first point of application” (presence of the family doctor responsible from providing the healthcare service, consulting the family doctor in health related issues), “accessibility” (receiving service from the FD [family doctor] in less than an hour, accessing FD when the FP [family practice] is closed, not paying for the examination and treatment at the FP, geographical proximity of FP), “continuity” (receiving service from the same FD / FPS for recurring visits, FD’s knowledge of the health issues of the individual, not changing the FD), “comprehensiveness” (use of services for protection from diseases, explaining the importance of complying with healthcare related suggestions, undergoing general health control by the FD, acquiring knowledge from the FD / FPS on health screening, taking results from the treatment applied by the FD, complaints from FD / FPS / acquiring information on the disease, FD / FPS making home visits), coordination (being transferred if required, information provided by the FD / FPS on the transfer, FD / FPS receiving information on the procedures carried out following the transfer)- and service satisfaction were evaluated. Ethical approval from the Mersin University Social Sciences Ethics Council (2017/4) and written consents from the participants were taken for the study. The acquired data were analyzed via SPSS 21 package software with complementary statistics and independent T test, Chi-square test and ANOVA.

Results

The age average of the participants was 42.08 ± 1.30 years, 5.3% had not received formal training, 34.5% did not have a regular income, 34.0% of the households had a child under the age of five, 36.8% had a chronic disease, those who used primary healthcare services did so mostly for medical examinations (70.1%), and prescriptions (57.9%). The first point of application of 51.1% of the participants in case of health related issues were secondary or tertiary services, 2.6% of the participants did not have a registered family doctor. With regard to accessibility, 90.6% of the participants indicated that they receive FP service in less than an hour, 77.5% indicated that they do not make any payment for medical examination and treatment at the FP, 74.0% stated that they cannot reach their FD when the FP is closed, 18.4% put forth that their FP is far away from where they live. In terms of continuity, it was determined that 89.4% of the individuals receive service from the same FP / family practice staff and that 16.6% changed their family doctor. With regard to accessing comprehensive protection and treatment services, it was observed that 34.4% of those with chronic diseases or those aged 65 and above receive vaccination services, that only 36.8% of married women between the ages of 18-49 receive FP service from their FD, that 18.0% of the individuals have underwent general control by their FD, that 41.6% received information regarding health screenings and that family visits have been made to 6.9%. It was determined that information has been provided to 20.2% of the participants and that information was received following the transfer from 16.4%.

There were differences with regard to the average scores for preferring family practice as the first point of application among central districts and the ability to receive a more comprehensive service (comprehensiveness) ($p < 0.05$). Whereas age, education, having a regular income job, having pregnancy/birth in the family did not result in differences with regard to the average scores for the structural characteristics related with the primary stage ($p > 0.05$), the score averages of women for “first application”, “continuity” and “comprehensiveness” were higher in comparison with those of men, the scores of married individuals were higher in all fields in comparison with single/divorced individuals, the “comprehensiveness” score averages of those with a small child in their family were higher in comparison with those of the individuals who did not have a small child in their household and the “accessibility” and “coordination” score averages of individuals without a chronic disease were higher than those with a chronic disease ($p < 0.05$).

Whereas in general, 63.5% of the participants evaluate the services as very good/good, no relationship was observed between the FP satisfaction levels and the age, gender, migration, existence of chronic disease regular income status of the individuals ($p > 0.05$) whereas education level was observed to be related with satisfaction ($p < 0.05$).

Discussion and Suggestion

Despite the high amounts of investment in the country to primary healthcare services, it can be stated that the changes with regard to geographical and financial accessibility, provision of a comprehensive service and attainment of the coordination with the secondary and tertiary services are not at the desired levels. Even though more than half of the participants evaluated the primary healthcare services as very good/good, it was observed that a similar level of satisfaction has not been reflected in the use of services and that those who benefit from FP use it mostly for treatment purposes.